



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada
Sistema Nacional de Transplantes

EQUIPE ESPECIALIZADA
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
FIGADO

☐ Autorização

☐ Renovação

Nº do SNT:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**
A ser preenchida pela **CNCDO** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: _____
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

Responsável técnico pela equipe:

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____ ☐ Título de residência ou especialidade
☐ Certidão Negativa de infrações éticas no CRM ☐ Comprovação de experiência na área

Membros da equipe:

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____ ☐ Título de residência ou especialidade
☐ Certidão Negativa de infrações éticas no CRM ☐ Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____ ☐ Título de residência ou especialidade
☐ Certidão Negativa de infrações éticas no CRM ☐ Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____ ☐ Título de residência ou especialidade
☐ Certidão Negativa de infrações éticas no CRM ☐ Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____ ☐ Título de residência ou especialidade
☐ Certidão Negativa de infrações éticas no CRM ☐ Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____ ☐ Título de residência ou especialidade
☐ Certidão Negativa de infrações éticas no CRM ☐ Comprovação de experiência na área

Fígado	- Um médico clínico com residência ou título de especialista, sendo um deles gastroenterologista com treinamento formal com duração mínima de seis meses em serviço de hepatologia e transplante de fígado em hospital de ensino ou de excelência. - Dois cirurgiões com residência ou título de especialista com treinamento formal, com duração mínima de um ano, em serviço especializado em transplante de fígado em hospital de ensino ou de excelência. - Dois médicos anestesiologistas com residência ou título de especialistas com experiência de, no mínimo três meses em transplantes de órgãos abdominais.
--------	---

**CADASTRO DO PROFISSIONAL PARA RETIRADA E TRANSPLANTES
DE ÓRGÃOS OU TECIDOS**
Preenchimento obrigatório e individualizado para todos os membros da equipe

Vinculado a CNCDO (UF): _____ Data do Cadastro: ____/____/____

Nome do Profissional: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

UF: ____ CEP: _____ Telefones para contato: () _____

() _____ Celular: () _____

Fax: () _____ E-mail: _____

Número CRM/UF: _____ Nº do CPF do Profissional : _____

Especialidade médica na Equipe: _____

Nº da Equipe no SNT: _____

Equipe vinculada ao Estabelecimento:

_____ Nº do SNT _____

_____ Nº do SNT _____

_____ Nº do SNT _____

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do profissional médico membro da equipe de transplantes

**INFORMO A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO CONSTANTE CASO OS DADOS
PREENCHIDOS SOFREREM ALGUM TIPO DE ALTERAÇÃO.**